ITEM 302 : TUMEUR DE L'OESOPHAGE

- 4e cancer digestif, prédominance masculine H/F= 2,75, ↗ des adénocarcinomes (ADK) et ↘ des carcinomes épidermoïdes (CE)
- 6e cause de mortalité par cancer, de mauvais pronostic = **15 %** de survie à 5 ans

FDR	**ADK** 50%		- **RGO +++** **- Tabac** - Terrain : âge > 50 ans**, obésité,** sexe masculin, régime pauvre en fruit et légumes **-** Lésion précancéreuse : **endo-brachy-œsophage (EBO)** ➙ 1 à 5% de progression vers un ADK
	CE 50%		- **Alcoolo-tabagisme +++** > 90% des cas - **Boissons chaudes**, **régime pauvre en fruits et légumes** - **Stase alimentaire (diverticule, trouble moteur œsophagien)** - Lésion précancéreuse : **Œsophagite caustique, syndrome de Plummer-Vinson** (femme ++, glossite + anémie microcytaire hypochrome + koïlonychie), **radiothérapie médiastinale**
Diagnostic	**EBO**		= **Métaplasie de Barret** = métaplasie de la muqueuse œsophagienne malpighienne épidermoïde par une muqueuse intestinale ou gastrique (couleur saumon, cellules caliciformes) : conséquence d'un **RGO**
		Classification de Prague	- **C** : hauteur de l'atteinte circonférentielle (par rapport à la jonction oeso-gastrique) - **M** : hauteur maximale de l'atteinte (languettes)
		Surveillance endoscopique	= **Biopsies systématiques étagées** (4 tous les 1-2 cm) + **biopsies ciblées** - En l'absence de dysplasie : - Tous les **5 ans** si EBO < **3 cm** - Tous les **3 ans** si EBO = **3 à 6 cm** - Tous les **2 ans** si EBO > **6 cm** - **Dysplasie de bas grade** : - **Contrôle endoscopique** à 2 mois après **IPP** double dose - Si persistante : **traitement endoscopique** - **Dysplasie de haut grade** = **cancer *in situ*** : confirmée sur 2 prélèvements par 2 anatomo-pathologistes ➙ **traitement endoscopique**
	SF		**- Asymptomatique** dans la majorité des cas à un stade précoce : découverte fortuite ou dépistage - **Dysphagie** (dans > 90% des cas) **:** progressive, élective pour les solides puis non élective, jusqu'à **l'aphagie** (classification selon Atkinson) **- Amaigrissement** : parfois majeur - **Dysphonie** avec fausses routes : envahissement ou compression du nerf récurrent - **Toux productive après la déglutition** : fistule œsotrachéale - **Dyspnée :** - Par **compression trachéale** : dyspnée inspiratoire - Par **envahissement du nerf phrénique** - Autres : **douleurs thoraciques ou dorsales, anémie, syndrome cave supérieur**
	SC		- Etat général, dénutrition, IMC, affection associée (tabac/alcool : CV, abdo, ORL et pulmonaire) - Extension tumorale : **palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires (Troisier) et cervicales**, palpation abdominale, percussion/auscultation pulmonaire (épanchement pleural)
	PC	**EOGD**	= Systématique devant toute dysphagie chez l'adulte, à répéter si négative - Diagnostic : visualisation de la tumeur, biopsies > 8, 2nd localisation - Coloration : **Lugol** (CE), **bleu de toluidine** (ADK) ➙ **Distance par rapport aux arcades dentaires** : **œsophage cervical** < **19 cm**, puis **œsophage thoracique** = 1/3 supérieur < **25 cm**, 1/3 moyen < **32 cm** et 1/3 inférieur < **40 cm**
Bilan préthérapeutique	Bilan d'extension		- **TDM TAP+** systématique : Métas viscérales, ADP, atteintes médiastinales **-** En l'absence de métas ou d'envahissement trachéal **: - EE œsophagienne** (profondeur, ADP) **- PET-scan** - Si carcinome épidermoïde : **examen ORL avec laryngoscopie** (cancer ORL, paralysie récurrentielle) +++ - Si stade avancé ≥ T2 : **fibroscopie bronchique** (sauf ADK du 1/3 inférieur chez le non-fumeur) **- Echo-endoscopie à haute fréquence** si tumeur superficielle avec indication de traitement endoscopique
	Autre		- **Bilan nutritionnel** (IMC, albuminémie), **NFS, plaquette, bilan hépatique complet, créat, ECG, EFR**
	➙ Plus de 50% des patients ont une contre-indication à la résection chirurgicale (extension ou comorbidité)		

<table>
<tr><td>Stade</td><td>TNM</td><td>T1a = muqueux
T1b = sous-muqueuse
T2 = musculeuse
T3 = adventice
T4 = structures adjacentes</td><td>N0 : aucune ADP
N1 : 1-2 ADP
N2 : 3-6 ADP
N3 : ≥ 7 ADP
ADP régionales uniquement</td><td>M1 : si MT à distance
➝ Dont : ADP cœliaque, sus-claviculaires et lombo-aortiques, et ADP cervicale si cancer de l'œsophage thoracique</td><td>- Stade 0 = Tis
- Stade I = T1
- Stade IIA = T2-T3N0
- Stade IIB = T1-T2 N1
- Stade III = T3N1, tous T4
- Stade IV = tous M1</td></tr>
<tr><td rowspan="14">Prise en charge curative</td><td>PEC endoscopique</td><td colspan="4">= Résection du plan muqueux : mucosectomie
- Indication : tumeurs superficielles (Tis ou T1-m1 < 3 cm) après bilan complet et écho-endoscopie
- Complété si lésion invasive : chirurgie si patient opérable, radiochimiothérapie si non opérable</td></tr>
<tr><td>Traitement néo-adjuvant</td><td colspan="4">= Radiothérapie (41,4-50,4 Gy en 5 semaines) + chimiothérapie (5-FU + cisplatine ou oxaliplatine) concomitante :
- Recommandée si stade ≥ 2 (T3 ou N1)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Traitement chirurgical</td><td colspan="4">= Œsophagectomie trans-hiatale ou selon Lewis-Santy avec curage médiastinal et coronaire stomachique (emportant ≥ 6 ganglions) et plastie gastrique
- Geste chirurgical lourd, nécessitant une double voie d'abord abdominale et thoracique gauche</td></tr>
<tr><td>Contre-indication relative</td><td colspan="3">- OMS 2
- Perte de poids > 15%
- Artériopathie sévère
- Comorbidités</td></tr>
<tr><td>Contre-indication absolue</td><td colspan="3">- Comorbidité : insuffisance respiratoire, IRC, cirrhose décompensée, IDM < 6 mois
- OMS 3 ou 4
- Perte de poids > 20%</td></tr>
<tr><td>Non résécabilité</td><td colspan="3">- Envahissement trachéo-bronchique, récurrent, aortique ou du corps vertébral
- Diamètre > 4 cm dans le médiastin
- Métastases viscérales ou ADP à distance</td></tr>
<tr><td>PEC nutritionnelle</td><td colspan="4">- Alimentation complémentaire (établi avec diététicienne) : repas enrichi, aliments mixés
- Si besoin : alimentation entérale (SNG ou gastrostomie)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Indications</td><td>Stade I</td><td colspan="3">- Privilégier le traitement endoscopique
- Résection chirurgicale si échec/récidive ou envahissement plus important que prévu</td></tr>
<tr><td>Stade II</td><td colspan="3">- Chirurgie systématiquement envisagée
- Chimiothérapie ou radiochimiothérapie néoadjuvante</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Stade III</td><td>CE</td><td colspan="2">- Radio-chimiothérapie de 1ère intention (néo-adjuvante ou exclusive)
- Chirurgie programmée si résécable ou chirurgie de rattrapage si persistance tumorale après radiochimiothérapie ou récidive précoce</td></tr>
<tr><td>ADK</td><td colspan="2">= 2 alternatives : - Chirurgie avec chimiothérapie néo-adjuvante
- Radio-chimiothérapie de 1ère intention</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Surveillance</td><td colspan="4">Au moindre doute : TEP, scintigraphie osseuse, imagerie cérébrale selon la clinique</td></tr>
<tr><td>Après chirurgie</td><td colspan="3">- Examen clinique et TDM thoraco-abdominal tous les 6 mois pendant 5 ans
- Examen ORL annuel pour les CE
- Fibroscopie digestive à 2 ans</td></tr>
<tr><td>Après RCT exclusive</td><td colspan="3">- Clinique, TDM TA, et endoscopie haute avec biopsies : tous les 4 mois pendant 1 an
- Puis tous les 6 mois pendant 1 an et ensuite mêmes modalités qu'après chirurgie</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PEC palliatif</td><td>Traitement sympto</td><td colspan="4">- Dysphagie importante : endoprothèse oesophagienne auto-expansible ou gastrostomie
- Fistule oeso-bronchique : stent œsophagien couvert ± prothèse trachéo-bronchique en urgence
➝ Une fistule oeso-bronchique contre-indique un transit baryté, mais ne contre-indique pas l'endoscopie ou l'écho-endoscopie</td></tr>
<tr><td>Traitement adjuvant</td><td colspan="4">- Si état général conservé (OMS < 2) : envisager une chimiothérapie ± radiothérapie palliative
➝ En cas de tumeur de la jonction oeso-gastrique : rechercher une surexpression HER2</td></tr>
</table>